RÉSULTATS COMPARÉS

DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS

DE

LA TUBERCULOSE RÉNALE

DE LA

DILATATION INTRA-VÉSICALE

DE

L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'URETÈRE

(PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT)

PAR

Le Dr PASTEAU

Ancien interne médaille d'or des hôpitaux.
Ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Necker.

(Extrait des *Comptes rendus de l'Association française d'Urologie.*
Seizième session, Paris, 1912).

PARIS
OCTAVE DOIN ET FILS, ÉDITEURS
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1913

RÉSULTATS COMPARÉS

DES

DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

Le travail si complet de nos rapporteurs va me dispenser de longs développements, car presque tout ce qui doit être dit sur le sujet a été fort complètement exposé.

Ayant vu, aux côtés de mon maître Albarran, s'échaffauder les arguments sur lesquels il a finalement établi que la tuberculose rénale doit être traitée par la néphrectomie, je puis dire que j'ai été convaincu dès l'abord. A tous ceux qui défendent le traitement médical et l'opposent à la néphrectomie curatrice, j'ai toujours répondu par le même argument que je répète aujourd'hui : « Si la tuberculose rénale guérit soit toute seule, comme l'ont avancé quelques-uns, soit avec l'aide de traitements médicaux variés, montrez-nous en des preuves anatomiques. »

J'espérais qu'à ce congrès, où depuis un an est mise à l'ordre du jour cette question qui est toute d'anatomie pathologique, comme l'a si bien dit mon ami L. Bernard, les partisans du traitement médical viendraient nous apporter une série de pièces probantes. Je pensais qu'on verrait réunis ici des bocaux et des coupes histologiques et qu'on nous montrerait des reins guéris. Je constate qu'on nous a apporté surtout des considérations sur l'évolution de la tuberculose générale et qu'on nous a réuni des statistiques ; mais à la vérité on ne nous a rien dit que nous ne trouvions déjà dans les livres, dans les revues françaises ou étrangères. On ne nous a fourni aucune preuve

nette de la curabilité de la tuberculose rénale et l'opinion que j'avais en arrivant à ce congrès ne sera pas ébranlée par ce que j'ai entendu jusqu'ici.

On nous a voulu montrer que la tuberculose rénale guérit seule et on nous a parlé de *preuves anatomiques*. Voyons ce qu'il en est réellement.

P. Delbet à ce congrès même en 1905 [1], nos rapporteurs ensuite, nous ont donné quelques détails. La guérison se ferait par :

1° *Transformation crétacée des tubercules.* — Le Fur en a cité 3 cas, incomplètement décrits d'ailleurs. Depuis on n'en a plus trouvé d'exemple, sauf 2 cas de Hoche [2] dans lesquels, à côté des crétifications, existaient des noyaux caséeux en pleine évolution : c'est dire assez que ces reins n'étaient pas guéris.

2° *Transformation scléreuse des tubercules.* — Delbet en avait trouvé 5 cas ; nos rapporteurs en ajoutent 5 autres ; mais toujours le processus scléreux coexistait avec des tubercules en activité. Là encore on ne peut donc pas dire que les reins aient été guéris.

3° *Exclusion rénale par oblitération complète des voies d'excrétion.* — Ici deux formes peuvent se rencontrer :

a) Ou bien la poche exclue change d'aspect ; son contenu devient plus clair, puis transparent même et le tout forme une sorte de *kyste plus ou moins séreux.*

J'ai eu personnellement l'occasion d'en opérer un cas des plus nets et j'ai montré ce rein à la Société des chirurgiens de Paris [3].

b) Ou bien le contenu de la poche exclue reste purulent, il s'épaissit même plus ou moins en donnant naissance à une sorte de *mastic jaunâtre.*

[1] P. Delbet. Des conditions de curabilité de la tuberculose rénale. *Assco. franç. d'Urol.*, 1905, p. 556.

[2] Hoche. *Rev. méd. de l'Est*, 1908, p. 602.

[3] O. Pasteau. *Soc. des chir. de Paris*, 3 nov. 1911 et *Paris chir.*, 1911, p. 841.

Faut-il parler ici de guérison? Je ne le crois pas. Sans doute l'urine vésicale peut devenir absolument claire et j'en observe actuellement un exemple chez une de mes malades; sans doute les lésions vésicales peuvent s'amender, puisque l'urine tuberculeuse rénale ne vient plus sans cesse inoculer la paroi vésicale; mais *ce n'est pas là*

Fig. 1. — Tuberculose ulcéro-caséuse du rein et kyste séreux du pôle supérieur.

une guérison vraie : comme je l'ai répété à plusieurs reprises, *il ne faut pas confondre « tuberculose rénale fermée » avec « tuberculose rénale guérie »*[1]. De cela il est aisé de donner des preuves, dont la plus simple est la possibilité de la reprise d'accidents graves. En voici un exemple typique :

Femme de 49 ans, ayant depuis 10 ans des douleurs vésicales. Elle a traité son affection médicalement ; elle a

[1] O. Pasteau. *Soc. des chir. de Paris,* 1er juillet et 14 octobre 1910 et *Paris chirurgical,* 1910, p. 727 et 806.

fait des cures d'eau variées ; 6 ans auparavant, elle a eu de la fièvre et des douleurs lombaires droites avec des urines troubles ; puis l'uretère s'est oblitéré complètement. En 1905 la fièvre reparaît ; on ouvre un énorme abcès périrénal, mais... la malade meurt[1].

La vérité c'est que *quand au cours d'une tuberculose rénale on constate une oblitération complète de l'uretère, il ne faut conclure ni à la guérison de la tuberculose, ni à l'arrêt certain de la propagation des lésions.* C'est la conclusion que je donnais il y a 2 ans déjà. Et pour ceux qui conseillent d'opérer dans ces cas, j'ajoutais : « S'il y a guérison vraie, pourquoi ne pas laisser le malade tranquille et pourquoi faut-il lui enlever son rein ? S'il n'y a pas de guérison, pourquoi employer improprement le mot, quand on ne croit pas à la chose ? »

De tout cela il résulte qu'*il n'existe en somme pas de preuve anatomique certaine de guérison de la tuberculose du rein.* C'est pourquoi sans doute, faute de preuves anatomiques, on nous a parlé de *preuves cliniques.*

Ici encore il faut s'entendre.

Tout d'abord, il est juste de ne pas faire état des simples améliorations. Avec Wildboltz, avec Legueu et Chevassu, j'estime que pour parler de guérison de tuberculose rénale, il faut constater la présence d'une urine normale, non tuberculeuse, en même temps que la conservation de la fonction du rein antérieurement atteint. En effet, *au cours de l'évolution d'une tuberculose rénale, on constate normalement de longues trèves qui peuvent être prises pour des semblants de guérison.*

Nous avons tous observé des malades, porteurs de tuberculose rénale avérée, et gardant par longues périodes un état général parfait, avec embonpoint marqué, jusqu'au jour où la reprise de accidents se faisait plus sévère. Les urines peuvent devenir plus claires et dans certains cas

[1] Kapsammer. *Nierenchirurgie,* 1905, II, obs. 2, p. 47.

j'ai constaté que cet éclaircissement coïncidait nettement avec une oblitération plus marquée de l'orifice urétéral qu'il devenait difficile ou impossible de cathétériser momentanément.

A ce propos je dirai en passant que l'urotropine est souvent mal supportée chez les tuberculeux rénaux et peut déterminer des douleurs vives.

Pour être bien certain de la guérison clinique d'une tuberculose rénale, il est donc nécessaire d'aller vérifier directement par cathétérisme urétéral que le rein atteint fonctionne et que l'urine qu'on y recueille n'a ni les caractères, ni les réactions des urines tuberculeuses. Or si on recherche les observations dans lesquelles ces examens complets ont été faits, on constate qu'elles sont exceptionnelles. A part le cas de Karo, on ne trouve que 6 faits de guérison apparente et encore ne s'agit-il le plus souvent que de résultats très rapprochés.

N'est-ce pas dire que *la preuve clinique de la guérison de la tuberculose rénale est encore à établir ?*

La vérité est que cette maladie est très fréquente pour tous ceux qui savent la chercher et qu'il est important d'attirer sur ce point l'attention des praticiens.

La vérité est que nous, chirurgiens, nous voyons les sujets qu'on n'opère pas devenir de plus en plus malades, c'est-à-dire de plus en plus difficiles à guérir. Et comme rien ne peut faire soupçonner à l'avance quelle sera la marche de la maladie, *retarder l'intervention curatrice revient à exposer le malade à ne plus pouvoir peut-être profiter des bons effets de la chirurgie.*

Quand, en face de ces résultats déplorables dus à l'expectation, on constate que la néphrectomie pour la tuberculose rénale donne, suivant les statistiques, de 1 à 6 p. 100 de mortalité globale, il semble qu'il y a bien là de quoi décider le malade. Quand on constate que la proportion des guérisons complètes après l'intervention, des guérisons réelles, est de plus de 50 p. 100, il semble que cela doit

pousser le médecin à l'intervention, car en face de ces résultats il doit ne pas oublier la marche certaine et progressive des accidents chez les non opérés.

Le traitement chirurgical doit être complet; c'est la néphrectomie qu'il faut chercher à faire, la néphrotomie n'étant qu'un pis-aller[1]. *Et il convient de faire cette néphrectomie dès que le diagnostic est posé*, car on sait que le rein ne guérira plus.

Le *traitement médical* de la tuberculose rénale, dans le cas où la néphrectomie est possible, est *trompeur;* cela ressort de la pauvreté des preuves de guérison. Il est *dangereux*, parce qu'il supprime ou retarde l'opération nécessaire.

Par contre, quand il est trop tard pour opérer, l'autre rein présentant des lésions trop avancées, le traitement médical devra être institué, car s'il ne guérit pas il peut dans certains cas enrayer et retarder la marche de la maladie.

[1] « Au cours d'une néphrectomie, si on voit que la décortication de la poche est trop pénible, si la pyonéphrose est trop volumineuse avec une paroi trop mince, il faut savoir s'arrêter et suturer le rein à la paroi pour ouvrir sa cavité .» Pasteau. *Assoc. franç. d'Urol.*, 1902, p. 166.

PATHOGÉNIE

ET

TRAITEMENT DE LA DILATATION INTRA-VÉSICALE

DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'URETÈRE

L'étude de la dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère est de date assez récente. En 1904, époque où j'en apportai 5 observations personnelles à ce congrès[1], on arrivait environ à une quarantaine de cas publiés; presque tous d'ailleurs n'étaient que des trouvailles d'autopsie. Lipmann-Wulff[2], Grosglick[3], Sinnreich[4], Cohn[5], Wildbolz[6] et moi-même étions les seuls à avoir rapporté des examens cystoscopiques et je pouvais conclure que « si anatomiquement il ne s'agit pas d'une lésion exceptionnelle, du moins le diagnostic sur le vivant n'a été fait que très rarement ».

Depuis cette époque, les cas sont devenus plus nombreux, les travaux publiés ont été plus fréquents et à mesure que le sujet était mieux connu, les cystoscopies se sont multipliées. Personnellement, j'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs cas nouveaux, et je vous montre ici des figures se rapportant à des dilatations plus ou moins volumineuses.

[1] O. Pasteau. La dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère. *Assoc. franç. d'Urol.*, 1904, p. 602.

[2] Lipmann-Wulff. *Centralbl. f. die Krankh. der H. u. S. Org.*, 1899.

[3] Grosglick. *Monatsbericht f. Urol.*, 1901, Bd. VI, p. 577.

[4] Sinnreich. *Zeitschr. f. Heilk.*, 1902, XXIII, p. 91.

[5] Cohn. *Beit. z. klin. Chir.*, 1904, XLI, p. 45.

[6] Wildbolz. *Monatsber. f. Urol.*, 1904, IX, p. 196.

Il importe cependant de revenir sur cette question qui semblait avoir été bien élucidée, mais que des travaux plus récents paraissent avoir compliquée à nouveau[1].

Et tout d'abord il faut s'entendre sur la *définition* même de cette affection.

Dans le travail récent de M. Bazy, le prolapsus intra-vésical de l'uretère se trouve confondu avec la dilatation intra-vésicale. Et cependant dès 1904 j'avais écrit que « sous le nom de prolapsus intra-vésical de l'uretère on a décrit plusieurs sortes de lésions qu'il est possible de différencier actuellement ». J'opposais à la dilatation intra-vésicale le « prolapsus vrai » de l'uretère dans la vessie caractérisé par le déplacement de la muqueuse de l'uretère herniée à travers le méat urétéral, lésion caractéristique dont Albarran venait de nous donner un exemple. Lui-même avait dit « prolapsus et non dilatation de l'extrémité inférieure de l'uretère parce que l'apparence au cystoscope était tout à fait analogue à celle que donne la vue d'un prolapsus du rectum et parce que la pression de la sonde déterminait l'effacement de la tumeur »[2].

Revenant sur ce sujet en 1908[3] je distinguais « la dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère » et « la protrusion de la muqueuse vésicale dans la vessie, véritable prolapsus de l'uretère » et j'en citais une observation de Fenwick datant de 1903.

Aussi peut-on être surpris quand on lit sous la signature de L. Bazy que « Pasteau a décrit sous le nom de dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère des cas de prolapsus qu'il a observés dans le service de M. Guyon ». Une telle confusion ne doit plus être possible aujourd'hui.

[1] Cf. Bazy. Quelques remarques sur le prolapsus de l'uretère dans la vessie. *Recueil de mém. d'urol.*, juillet 1911, p. 125.

[2] Albarran. Prolapsus intra-vésical de l'uretère. *Assoc. franç. d'Urol.*, 1904, p. 598.

[3] O. Pasteau. Diagnostic et traitement des calculs de l'uretère. *Assoc. franç. d'Urol.*, 1908, p. 256 et 258.

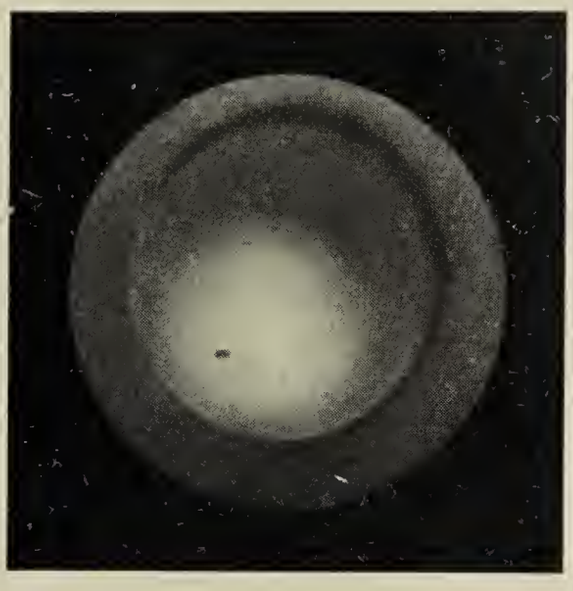

Fig. 1. — Dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère. — Poche tendue et volumineuse ; méat punctiforme.

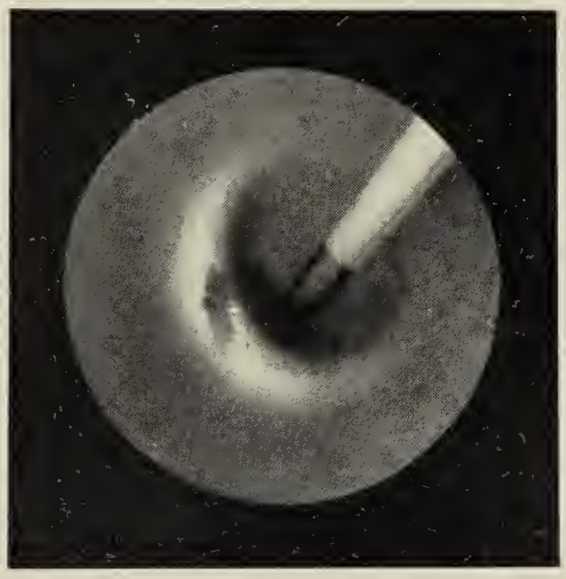

Fig. 2. — La paroi de la poche a été profondément cautérisée : quelques jours après, on introduit une sonde urétérale au niveau de la plaie ; la poche se déprime au passage de la sonde urétérale.

Fig. 3. — Dix jours après l'opération la poche a diminué notablement de volume et le nouvel orifice urétéral laisse passer facilement la sonde.

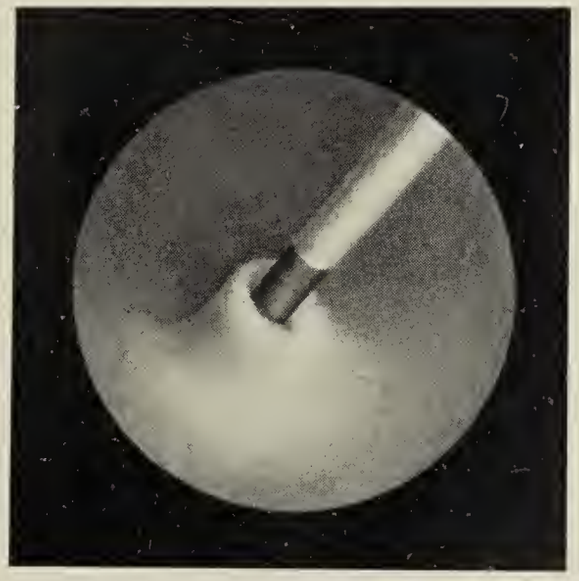

Fig. 4. — Résultat obtenu au bout de 3 mois. La sonde urétérale s'engage dans un large méat à bords réguliers. La dilatation a complètement disparu.

La question de *pathogénie* est susceptible de donner lieu à quelques considérations intéressantes.

Pour M. Bazy, « l'hypothèse la plus intéressante est celle qui invoque l'existence d'un rétrécissement du méat urétéral ». C'est évidemment, en dehors des cas de calculs arrêtés au niveau du méat, l'hypothèse la plus vraisemblable. J'ai parlé moi-même de lésion congénitale, cette lésion congénitale étant évidemment la sténose du méat urétéral. « En effet, ordinairement l'orifice urétéral est rétréci plus que d'habtiude, et sans qu'on trouve dans l'observation antérieure du malade de cause pouvant expliquer la formation d'une sténose secondaire. » J'ajouterai que dans certains cas la sténose peut aller jusqu'à l'imperforation complète et qu'on trouve d'autre part dans plusieurs observations d'autres malformations congénitales de l'appareil génito-urinaire.

M. Bazy a écrit : « Je ne sache pas que les méats punctiformes soient prédisposés davantage au prolapsus urétéral, du moins je ne l'ai pas vu. » Je crois pour ma part exactement le contraire et il suffit d'ailleurs de se reporter aux figures que j'ai publiées en 1904 pour s'en convaincre. Les nouvelles observations que je vous présente aujourd'hui viennent encore à l'appui de cette opinion.

Le *traitement* de la dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère peut être fait de différentes manières :

1° Par la *taille sus-pubienne* et l'*incision simple de la poche* avec ourlet de la ligne de section. C'est l'opération faite par M. Bazy en 1910 ; c'est celle que j'ai faite moi-même en 1904 et dont Albarran rapportait une observation en 1904 à ce congrès.

2° Par *taille sus-pubienne avec excision complète de la poche* et suture des muqueuses urétérale et vésicale. C'est l'opération dont j'ai rapporté 3 observations personnelles en 1904. J'ai revu une de ces malades en 1910 ; le résultat était parfait.

3° Par *cautérisation simple de la poche* faite *par voie endo-vésicale.*

Kloss en 1906 se servit à cet effet du cystoscope fenêtré de Brenner[1] et Wulf en 1909 du cystoscope de Nitze[2]. Le premier laissa 4 jours d'urant une sonde urétérale à demeure et les malades guérirent complètement.

Moi-même j'ai opéré de cette manière cette année une femme de 33 ans. Avec le cautère de Nitze j'ai pu créer aux dépens de la paroi de la poche un vaste orifice et y introduire une sonde urétérale qui ne fut d'ailleurs pas laissée en place. Huit jours après la tumeur avait considérablement diminué de volume ; 3 mois après il ne restait plus qu'un gros orifice urétéral largement ouvert, limité par deux lèvres épaisses et bien régulières qui laissaient passer facilement la sonde. Tous les accidents rénaux avaient disparu dès l'abord et la guérison s'est bien maintenue depuis (fig. 1 à 4).

Il n'est pas douteux qu'une opération aussi simple et qui ne nécessite ni anesthésie, ni séjour au lit, est celle qu'on doive toujours tenter dès l'abord dans tous les cas semblables. *La taille ne devra donc plus être employée qu'après échec de l'opération endo-vésicale ou quand la tumeur aura atteint un volume par trop considérable.*

[1] Klose. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. 80, 1906, p. 209.

[2] Wulf. *Zeitschr. f. Urol.*, 1909, H 6, p. 543.